



**HAL**  
open science

## La technicalité du savoir-être en santé : mesurer l'immesurable

Cyril Drouot, Isabelle Burnier, Alain Percivalle

### ► To cite this version:

Cyril Drouot, Isabelle Burnier, Alain Percivalle. La technicalité du savoir-être en santé : mesurer l'immesurable. Colloque international Faire résultat(s) dans les recherches en éducation : Pour quoi ? Avec qui ? Comment ?, UMR EFTS, Jun 2023, Toulouse, France. 10.1016/s0140-6736(13)60264-0 . hal-04814800

**HAL Id: hal-04814800**

**<https://hal.science/hal-04814800v1>**

Submitted on 12 Dec 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## **Actes longs de la communication de C. Drouot, I. Burnier et A. Percivalle**

**« *La technicalité du savoir-être en santé : mesurer l'immesurable* »**  
*(le titre n'avait pas été mis à jour sur le programme. Ancien titre : « Comment l'évaluation des compétences relationnelles chez les étudiants en médecine fait-elle résultat ? »)*

### **Axe 2 : Nature et variété des résultats de recherche dans différents contextes**

#### **Résumé :**

Le livre "La gouvernance par les nombres" d'Alain Supiot explore l'utilisation des indicateurs quantitatifs dans l'évaluation, soulignant leur rôle dans la compréhension du processus social de l'évaluation. L'évaluation quantitative, comme celle des étudiants en médecine, doit être perçue comme des indicateurs de compétences professionnelles plutôt que de simples mesures de réussite académique. Cependant, dans notre ère de quantification généralisée, le défi est de reconnaître que ces évaluations visent à juger non seulement la qualité finale, mais aussi les compétences acquises en cours de parcours. En effet, l'évaluation sommative, à la fin d'un apprentissage masque souvent les chiffres intermédiaires et les traces d'apprentissage. Or, l'adjonction du "Care" (prendre soin de l'individu) au "Cure" (traiter de la maladie) exige une forme d'évaluation pouvant justement évaluer des compétences cliniques ne relevant pas que de la finalité biomédicale. En France et au Canada, l'évaluation des compétences (biomédicales et communicationnelles) dites « génériques » est étudiée, et des projets innovants comme l'utilisation de l'intelligence artificielle pour améliorer l'enseignement des compétences relationnelles sont en cours. Dans une perspective critique, l'enjeu de ce texte est de questionner la manière dont ces compétences « génériques » sont comprises et mobilisées lors des ECOS (Examens cliniques objectifs et structurés).

**Mots clés :** Compétences relationnelles, processus d'évaluation, quantification, qualification, ECOS,

## Introduction

Dans *La gouvernance par les nombres* d'Alain Supiot, il est mentionné concernant l'usage d'*indicateurs quantitatifs* (termes génériques pour désigner toutes sortes de résultats chiffrés), que ceux-ci doivent d'abord permettre de « saisir l'évaluation comme un processus social qu'il faut commencer par comprendre » (2015 : 218) si l'on souhaite véritablement que cette évaluation serve les intérêts pour laquelle elle a initialement été mise en place. Autrement dit, si l'on évalue quantitativement des étudiants en cursus de médecine, il faut bien évidemment se saisir d'abord de ces résultats comme autant d'indicateurs des qualités que les étudiants travaillent à posséder pour « être soignant », et non des qualités qu'une formation travaille à posséder pour « être diplômante » ; même si ce dernier enjeu revêt une pertinence évidente.

Dès lors, l'un des défis majeurs de notre époque mue par une dynamique effrénée de quantification du monde (Martin, 2020) est justement de réussir à entrevoir que ces évaluations quantitatives omniprésentes n'ont pas que pour seul objectif de pouvoir juger par le score de la qualité d'une chose en fin de « parcours de formation » (pour ne pas dire en fin de « processus de production »), mais bien au contraire, de pouvoir aussi juger des qualités requises et acquises au cours de ce long parcours(/processus) dont finalement, l'évaluation sommative rend assez peu compte. En effet, un univers de sens est souvent à (re)conquérir quand on passe d'une extrémité à l'autre du spectre évaluatif : c'est-à-dire du formatif au sommatif.

L'évaluation sommative, qui est une évaluation intervenant en fin de cycle d'apprentissage tend, de fait, à invisibiliser un nombre important de chiffres intermédiaires et autant de traces d'apprentissage, souvent produits et mieux capables de caractériser dans le détail des formations médicales ou encore la qualité de soin d'une organisation hospitalière. À ce propos, la sociologie de la quantification dans le champ de la santé (Vincanne, 2016) a eu l'occasion d'objectiver les écarts qui pouvaient notamment exister entre la production d'indicateurs de (bonne) santé et la bonne santé réelle des individus concernés par l'évaluation ; notamment au travers du scandale des « Mid Staffs<sup>1</sup> ». Dans la dynamique du *model de Montréal* (Pomey et al., 2015 : 42) visant à faire évoluer la nature de la relation entre un soignant et un patient (*Ibid.*), un nouvel écart en matière de pratiques soignantes semble aujourd'hui indispensable à recouvrir : celui allant des pratiques relevant du *Cure* (« traiter » la maladie) au *Care* (« prendre soin » de l'individu). Objectivement, cette volonté de changement paradigmatique dans la relation de soin s'est traduite, en France comme au Canada, par l'avènement de nouvelles grappes de compétences à acquérir, et donc à évaluer chez les étudiants en cursus de médecine, dans le sillon (national) de la réforme du deuxième cycle des études médicales à la suite de la loi « Santé 2022 ».

Pour évoquer désormais notre terrain d'étude et amorcer la problématique de notre recherche, disons que les différents temps de formalisation et les réflexions autour de l'évaluation de ces compétences dites « génériques » en France, qui correspondent notamment aux compétences dénommées « communication », « collaboration », « éthiques et déontologie » et « réflexivité », sont des objets de recherches à part entière au sein de

---

<sup>1</sup> The Lancet : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60264-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60264-0)

l'université Côte d'Azur et de l'Université d'Ottawa. Ainsi existe-il un corpus de documents (rapports, syllabus, grilles d'évaluation, etc.) particulièrement fécond à exploiter. Parfois convergents, les éléments de contenus de ces documents sont néanmoins le plus souvent divergents sur : l'étendu que recouvre dans la pratique thérapeutique ces compétences dites « génériques » ; ce qui diverge également, sont les modalités d'évaluation (lors des ECOS [examens cliniques objectifs et structurés]) de ces nouveaux items de compétences, par nature éminemment sociale et qu'*a priori* tout oppose à la gouvernance par les nombres (Poupart, 2011 : 181). **Dès lors et dans un tel contexte, comment réussir à quantifier certaines compétences relevant tant du « savoir être » qu'elles semblent *a priori* inquantifiables ?**

C'est la question à laquelle Isabelle Burnier, médecin responsable des cliniques simulées à la faculté de médecine l'Université d'Ottawa, Cyril Drouot, enseignant-chercheur en sciences de l'information et de la communication rattaché à un laboratoire en sciences de l'éducation dédié à l'innovation numérique (le LINE), et Alain Percivalle, psychologue au CHU de Nice, membre du département d'éthique de la Faculté de médecine de Nice et coordonnateur depuis 6 ans une UE (dans laquelle il intervient) appelée « Compétences relationnelles » pour les étudiants de médecine de la 2ème à la 5ème année, se proposent de répondre. Ces UE consistent en des séances de simulation centrées sur la communication, la psychologie médicale et l'éthique clinique.

En suivant ce questionnement, il sera produit un récit autour de la mise en place ces dernières années du dispositif pédagogique des ECOS au CHU de Nice, puis, une problématisation des enjeux méthodologiques et relationnels que soulèvent l'implémentation de ce nouveau dispositif en France en portant le regard sur les pratiques évaluatives – de ces compétences relationnelles et biomédicales – qui encourent depuis plus de dix ans déjà au Canada vis-à-vis de ce même dispositif dévolu aux ECOS. Enfin, nous présenterons le projet innovant IA4ECR porté par l'Université Côte d'Azur et financé par le Département des Alpes Maritimes, dont l'objectif est d'améliorer, à l'aide de l'intelligence artificielle, l'enseignement des compétences relationnelles auprès, dans un premier temps, des soignants en partenariat avec les patients et, dans un second temps, auprès des patients directement.

## **1. L'enseignement des compétences relationnelles à la Faculté de médecine de Nice (Alain Percivalle)**

### **1.1 Quelle est la genèse de cet enseignement ?**

Le doyen Patrick Baqué en 2014 demande au département d'éthique de mettre en place des cours interactifs avec les étudiants suite à un évènement dont il est à l'initiative: « le théâtre de l'annonce de la mauvaise nouvelle ». De fait, la formule « Jamais la première fois sur le patient » ne s'applique pas uniquement aux gestes techniques mais aussi à la relation entre le médecin et le patient dans le domaine de la communication, que ce soit annoncer un diagnostic, faire face au refus de soin d'un patient, accompagner une personne en soins palliatifs etc... Cet apprentissage est encore nécessaire dans le domaine de la collaboration inter professionnelle. Comment des professionnels peuvent-ils travailler ensemble s'ils ne

sont pas formés ensemble ? Il est largement documenté<sup>2</sup>, dans le domaine de la santé que la majorité des événements indésirables a pour origine un défaut de communication au sein des équipes.

Le centre de simulation accueille favorablement au fil du temps les propositions de développer cet enseignement de la 2<sup>ème</sup> à la 4<sup>ème</sup> année. Les étudiants en première année des études de santé se révèlent conditionnés par un enseignement uniquement fondé sur la mémorisation de connaissances. Ils sont sélectionnés sur cette seule base, offrant un curriculum caché qui est celui de la sélection par le savoir et non par les compétences.

En parallèle certaines spécialités font le constat que leurs internes sont en difficulté ou bien pourraient améliorer la qualité des entretiens avec les patients. Et pour cause ces étudiants n'ont pas été formés pour la plupart à l'annonce de la mauvaise nouvelle, à l'entretien motivationnel, au travail d'équipe. Ainsi à l'initiative des professeurs d'hématologie, de psychiatrie et de médecine générale, des formations sont mises en place avec une dimension pluri professionnelle. Le but est de réduire le nombre d'étudiants en difficulté, la réorientation en cours d'étude, les risques psychosociaux, les suicides, le mécontentement de certains patients, les procès éventuels. L'immense majorité des actions en justice auprès des hôpitaux est là encore liée directement ou indirectement à des défauts de communication.

En 2017 se produit la rencontre du doyen avec des patients artisans du modèle de Montréal, Vincent Dumez et Luigi Flora (Bovin et *al.*, 2017). Le doyen souhaite développer ce modèle dans la formation initiale des étudiants. Ce modèle de partenariat entre les professionnels de santé et le patient avance l'idée que le patient doit être considéré comme un soignant par les professionnels, car il s'auto soigne ou est soigné par ses proches. En particulier il est essentiel de savoir écouter un patient chronique pour entendre ses attentes, tenir compte de ses savoirs expérientiels issus du vécu avec la maladie pour coconstruire un projet de soins et de vie avec lui et toute l'équipe. Faute de quoi le patient majore le risque de rupture de traitement et de réhospitalisation. Cette approche est valorisée par l'Agence Régionale de Santé de la Région SUD.

Advient la réforme du premier et du deuxième cycle des études médicales où prévaut l'approche par compétences défendue de longue date par certains professeurs de médecine ; tel que Jean Jouquan (2003 ; 2015), directeur de la revue « Pédagogie médicale ». En s'adossant au paradigme pédagogique de la compétence, les doyens auteurs de cette réforme s'engagent désormais dans une démarche de formation des étudiants à un métier et non d'abord à passer un concours. Comme l'écrivent les promoteurs de cette réforme dans le livret de présentation : « Un médecin compétent mobilise ses connaissances pour soigner. La quantité de connaissances qu'a un médecin n'est toutefois pas le principal déterminant de son niveau d'expertise. Autrement dit, l'adage selon lequel "plus on en sait, mieux c'est !" correspond à une croyance erronée, bien que largement partagée chez les enseignants et les étudiants » (Braun et *al.*, 2020). Ainsi autour du concept de clinicien se déploie la

---

<sup>2</sup> Haute Autorité de Santé. (2018a, mai 29). Crew Resource Management en Santé (CRM Santé). Consulté le 21/03/2020, à l'adresse : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2852388/en/crew-resource-management-en-sante-crm-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2852388/en/crew-resource-management-en-sante-crm-sante)

marguerite des compétences nécessaires à tout praticien<sup>3</sup> : communicateur, collaborateur, responsable sur le plan déontologique et éthique, réflexif, acteur de santé publique, scientifique.

La médecine du XXe siècle est une médecine hospitalo-centrée, focalisée sur l'organe. Son enseignement est magistro-centré et dispensé exclusivement en France dans les CHU, engendrant une transmission chez les étudiants des caractéristiques de cette médecine. Par contraste, la médecine mondialisée du XXIe siècle doit essentiellement faire face à des pathologies chroniques liées à l'environnement dans un contexte historique de reconnaissance du droit des personnes de décider elles-mêmes de leur traitement.

Cela entraîne 3 conséquences. Premièrement c'est une médecine qui fait du patient un acteur de sa santé dans une logique d'*empowerment* (Pomey et *al.*, 2015 : 41-50). Deuxièmement dans un primat de la prévention le médecin est avant tout un partenaire collaborant au sein d'une équipe de professionnels de santé et non d'abord un praticien prescripteur. Troisièmement et dans le contexte d'émergence des outils de santé recourant à l'intelligence artificielle, ses compétences relationnelles sont appelées à être au centre de son activité de soin.

À la suite des travaux de Balint (1996 : 9) fondateur des groupes de parole entre médecins du même nom, on sait que le médecin est le remède : « le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même et il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel, [...] encore faut-il que le médecin ait appris à se taire et à écouter le patient ». Les compétences relationnelles sont liées les unes aux autres et la communication ce n'est pas « parler gentiment à la dame ». C'est travailler intelligemment et de façon précise avec les patients. C'est être capable de pouvoir créer une relation de confiance pour établir à la fois un diagnostic et aussi un projet de soin dans le temps avec le patient. On retrouve là tout simplement les fondements mêmes de la médecine hippocratique.

Pour permettre de développer les qualités requises d'un bon praticien, il faut donc former les étudiants en ce sens, c'est-à-dire leur enseigner à « être éthiques » en situation.

## 1.2 Des défis et des enjeux

Plusieurs difficultés parsèment néanmoins le chemin de l'enseignant aux compétences relationnelles au sein du dispositif de formation en santé :

- celle de sensibiliser ces étudiants de médecine engagés dans un parcours très biomédical à la relation avec le patient et particulièrement vis-à-vis de l'état émotionnel – que ce soit le sien comme celui du patient ;
- celle de faire face à une baisse importante de moniteurs, praticiens hospitaliers pour la plupart, dans ce contexte de post pandémie et de réduction des coûts au sein des hôpitaux publics.
- celle de participer à l'introduction des ECOS (Examens cliniques objectifs structurés) dans l'évaluation des étudiants à la Faculté de Nice et en 2024 sur le plan national. En effet dans

---

<sup>3</sup> Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales (2013).

Consulté le 22/01/2020, à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027343762&categorieLien=id>

le cadre de la réforme du 2eme cycle des études médicales (R2C) sont mis en place des ECOS, qui sont des examens facultaires comptant pour une partie de la note semestrielle à partir de la 4<sup>ème</sup> année. Ce sont 5 mises en situation de 7 minutes qui évaluent la performance d'un étudiant confronté à des situations cliniques extrêmement variées, démontrant ses capacités à mener un interrogatoire médical, à poser un diagnostic différentiel et à justifier ses choix thérapeutiques.

À partir de 2024 ces examens seront aussi classants, c'est à dire entrant dans la note du concours de l'internat (permettant à l'étudiant de choisir sa spécialité), et ce à hauteur de 30 %. Des aptitudes communicationnelles sont évaluées dans ce cadre d'examen.

Dans l'alignement pédagogique que constitue la réforme, les ECOS sont un outil d'évaluation qui peut permettre précisément d'évaluer les techniques de communication acquises par les étudiants au long de leur cursus. En effet la capacité de communiquer avec un patient s'apprend comme le reste des capacités et des habiletés, et cet apprentissage est progressif. En outre l'acquisition de telles capacités et habiletés permet aux étudiants d'être plus performants, plus efficaces aux examens, alors même que les connaissances biomédicales peuvent leur faire défaut. En examen, même si on ne sait pas, plutôt que de rester en silence il faut savoir poser des questions. Cela peut être valorisé par l'examineur d'une double façon, à la fois quant aux capacités de communication de l'étudiant, et aussi sur le plan directement de la clinique, car l'étudiant peut recueillir ainsi des informations qu'il n'imaginait pas. Tout cela nécessite d'être enseigné pour être appris.

## **2 Comment l'évaluation des compétences relationnelles fait elle résultat à l'université d'Ottawa ? Comment ces résultats peuvent-ils faire évoluer l'enseignement ? (Isabelle Burnier)**

Si la formation des médecins du XXIe siècle demandent d'enseigner de multiples compétences au-delà de l'expertise clinique, se pose alors la question de comment évaluer des compétences plus sociales que biomédicales ?

### **2.1 Historique**

Depuis les années 90 au sein des pays anglosaxons les facultés de médecine ont mis en place des ECOS pour évaluer et certifier les futurs professionnels de la santé. Le but des ECOS est d'augmenter la validité et la fiabilité des évaluations en médecine afin que l'examen clinique ne soit pas un jeu de chance basée sur une seule performance. En effet, l'évaluation sur plusieurs stations augmente le nombre et l'éventail des savoirs et des savoir-faire pouvant être évaluées. L'utilisation d'une notation basée sur une liste de contrôle (allant de la simple question fermée au sein d'une grille d'évaluation à l'échelle de Likert descriptive) permet d'améliorer la cohérence entre les évaluateurs. Cela se traduit :

- par la *diversité des stations cliniques pour évaluer différentes habiletés cliniques*
- par la *diversité des examinateurs pour éviter les biais d'évaluation unifocale*
- par la *standardisation des grilles d'évaluation : tout étudiant est évalué sur les mêmes critères*

- par la *standardisation de l'interprétation du scénario par les patients simulés afin de ne pas être une variable*

## 2.2 Comment se passe un ECOS ?

La partie objective fait donc référence à la standardisation de la tâche et de l'outil d'évaluation. L'ECOS évalue le « *SHOWS How* » de Miller (1990). Un ECOS – du côté canadien – consiste en une dizaine de stations cliniques de 7 à 9 minutes durant lesquelles les étudiants doivent performer une tâche clinique spécifique, souvent avec un patient standardisé, sous l'observation d'un examinateur.

## 2.3 Outils d'évaluation

Au début les listes de contrôle étaient très appropriées pour les protocoles, les gestes techniques, les procédures. Mais rapidement est apparu une banalisation des listes de contrôle, disponibles en tout temps et créant une génération « *checklist* », c'est-à-dire des étudiants qui apprennent à pratiquer à partir de ces listes pour augmenter leurs chances lors de l'ECOS. Ces listes disponibles et parfois mal construites peuvent conduire à des pratiques erronées et dépourvues de réflexion. Pour pallier cela, ont été ajoutés des échelles d'évaluation qui servent à noter des habiletés de communication, relationnelle, de jugement clinique, de professionnalisme. Il est conseillé d'utiliser des échelles Likert descriptives car les chiffres seuls induisent des biais qui ne sont pas souhaitables dans des ECOS.

Pour simplifier, les listes évaluent *ce qui doit être fait*, les échelles *comment* cela est réalisé. Il est conseillé actuellement de réduire les listes de contrôle à une dizaine de critères : ces items doivent représenter essentiellement les objectifs implicites c'est-à-dire ce que l'étudiant doit démontrer pour réaliser ce qui lui a été explicitement demandé dans la vignette d'instructions.

## 2.4 Technicalité de la tâche et compétences relationnelles

Comme dit précédemment, la liste de contrôle a de l'intérêt lorsqu'il y a une technicalité de la tâche. S'il s'agit d'un examen physique, il y a des étapes et des tests spécifiques à faire. Pour faire une entrevue, le guide Calgary Cambridge (Kurtz et *al.*, 2004) qui liste les différentes étapes nécessaires pour mener une entrevue, fait état de pas de moins de 53 items à contrôler !

## 2.5 On peut se demander alors si les « compétences relationnelles » peuvent être « techniques » et donc évaluées dans une liste de contrôle ?

Prenons l'exemple de l'annonce de diagnostic qui peut se faire par le protocole SPIKES (EPICES en français) qui détaille — tant bien que mal — le processus de l'annonce. Il est possible d'enseigner aux étudiants les étapes d'une annonce, de mettre ces étapes dans une liste de contrôle et d'évaluer par ailleurs sur une échelle Likert, la manière dont cette annonce a été faite d'un point de vue global. La difficulté vient d'une tendance à détailler à l'excès les étapes du protocole dans le but de standardiser. Il faut garder en tête que les examinateurs ne sont pas toujours des experts de la station et que cela est exigeant de remplir une liste de contrôle en suivant le flux d'une entrevue. Le risque finalement est que l'examineur développe le réflexe du « *chek* » trop facilement. De même, pour l'étudiant, il y a un risque d'apprendre des listes de contrôle et de les appliquer sans réflexivité... Une des

solutions serait de minimiser dans le cadre des ECOS ces listes à un nombre limité d'indicateurs.

## **2.6 Enfin peut-on dire que les résultats font évoluer l'enseignement ?**

La croyance erronée avec les *soft skills* est de croire qu'elles ne sont pas procédurales. Si les médecins du 20<sup>e</sup> siècle n'avait pas le guide de Calgary Cambridge pour mener une entrevue avec un patient et qu'ils croyaient que cela s'apprenait avec le temps, les médecins du 21<sup>e</sup> siècle doivent savoir que les compétences relationnelles peuvent s'enseigner...

## **3. Des compétences relationnelles aux techniques de communication (Cyril Drouot)**

Le terme « compétence relationnelle » a été mobilisé seize fois depuis le début de cette présentation. Or, ce terme, composé des notions « compétence » et « relation », n'est, d'une part, pas sans évoquer les différentes acceptions qui relèvent de chacune de ces deux notions, et d'autre part, évoque un concept qui reste entièrement à définir, celui de « compétence relationnelle ». Pour le dire autrement, qu'entendons-nous par « compétence », par « relation », et par « compétence relationnelle ».

Ainsi, et dans une perspective pragmatique, comprenons-nous la « compétence » comme un agir adéquat en situation selon la définition retenue par Florence Parent et Jean Jouquan qui l'explicitent eux-mêmes ainsi : « Dans le contexte de la formation des professionnels de la santé, le concept de compétence est un construit théorique qui s'efforce de rendre compte, à des fins didactiques et pédagogiques, de la capacité des professionnels concernés à agir adéquatement en situation » (Parent & Jouquan, 2019 : 107).

En ce qui concerne le terme « relation », nous l'entendons, dans une approche simmelienne (Simmel, 1908/1992 – qui est un philosophe et sociologue allemand du début du XX<sup>e</sup> s) en nous adossant au concept directeur « d'action réciproque ». C'est-à-dire comme quelque chose où « l'influence [en tant qu'action] que chaque individu exerce sur autrui [...] est guidée par un ensemble de motivations diverses (intérêts pratiques, foi religieuse, instincts érotiques, impératifs de survie, travail...) et [où] la totalité – sans cesse mouvante – de ces actions contribuent à unifier la totalité des individus » (Lallement, 2009 : 58-62).

Dès lors et tantôt associées aux « *soft skills* » outre-Atlantique et antôt associées aux « compétences non-techniques » en France et comme c'est d'ailleurs le cas au sein de la Faculté de médecine de Nice, la notion de *relation* semble le plus souvent associée à quelque chose étant de l'ordre du moins (vis-à-vis à de la technique ; puisque dit « non-technique » en France), du mou (les *soft skills* s'opposant aux *hard skills*) ou encore de l'innée (comme quoi il ne serait pas nécessaire de se donner la peine d'apprendre à communiquer « particulièrement » puisque nous communiquons déjà tous « de manière générale ». D'où, très certainement, cette persistante association – pour le moins réductrice – des compétences relationnelles aux *soft skills* ou bien aux compétences non-techniques...

Or, les recherches en sciences humaines et sociales dans le champ de la clinique ces dernières décennies – depuis les années 1950 environ – nous ont bel et bien prouvées les

contraire : la communication est affaire de technique. En effet, tout un nouveau champ lexical semble bien avoir émergé pour justement répondre à ce déficit terminologique et chercher à nommer plus précisément ce qui se cache véritablement derrière les termes (outrancièrement) simplifiant et encore très largement mobilisés de compétences non-techniques ou de *soft skills* au sein d'organisations hospitalières dont l'histoire de leur évolution les a de toute évidence éloignée d'une certaine complexité du réel – et notamment d'une complexité sociale de la médecine (Romano, 2002). Aux titres d'exemples, nous pouvons aisément citer les référentiels de techniques de communication suivants :

- l'« *Approche centrée sur la personne* » de Carl Rogers datant des années 1950
- la « CNV, *Communication "nonViolente"* » de Marshall Rosenberg datant des années 1990 ;
- « *Les processus de communication de l'entrevue médicale selon le Guide Calgary-Cambridge* » publié en 2004 par Kurtz, Silverman, Benson et Draper.
- la « *Communication positive* » d'Alain Labruffe dans son ouvrage de 2006 ;
- l'« *Hypnose conversationnelle* » évoqué largement dans l'ouvrage de Claude Viot et Franck Bernard publié pour la première fois en 2010.
- le « *Partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé* » en provenance du Modèle de Montréal publié en 2015 par Pomey, Flora et al.
- la « *Communication thérapeutique* » d'Émmanuel Boselli expérimentée en chirurgie ambulatoire en 2018,

### **3.1 Un ancrage épistémique et pragmatique du concept de « compétence relationnelle »**

Ces sept référentiels, pour ne citer qu'eux – et nul doute qu'il en existe bien d'autres et c'est tant mieux – nous posent néanmoins une *question double* à laquelle nous souhaitons apporter quelques éléments de réponses ici, aussi courts soient-ils dans le cadre du format de cette communication :

*« Par quel(s) élément(s) sémantique(s) fédérer toutes ces terminologies relatives aux enjeux de la relation dans le champ de la santé, sans réduire la complexité de chacune des terminologies, afin de nommer de manière plus appropriée pour améliorer l'effet de sens visé, ce qui se joue derrière les termes usuels (francophones et anglophones) de "compétences non-techniques" et "Soft skills" ? »*

Pour y répondre, disons dans un premier temps que tous les développements relatifs aux terminologies évoquées font, de fait, état de techniques – plus ou moins bien explicitées – à mettre en œuvre, pour tendre vers le développement d'un pouvoir d'agir clinique articulant l'agir communicationnel à l'agir biomédical.

Ce dernier concept « d'agir communicationnel », en provenance de la théorie habermassienne, nous semble pouvoir fédérer l'ensemble des approches psychologiques, sociales ou communicationnelles cherchant à « unifier des individus » (op. cit.) dans la mesure où cet agir communicationnel, inscrit dans une éthique de la discussion (Habermas, 1991/1999), vise par toutes les « procédures [possibles] d'argumentation morale, [...]

---

<sup>4</sup> Dans sa terminologie anglo-saxonne.

l'accord [sur la base de la capacité d'assentiment universelle de chacun et de la "formation rationnelle de la volonté" (Ibid. : 69)], de toutes les personnes concernées participant à une discussion pratique » (Ibid. : 17).

Dans un deuxième temps, il nous semble ainsi possible de dire que si toutes ces terminologies convergent vers des procédures d'argumentation (morales), alors elles ont toutes en communs l'élément sémantique « compétence » au sens de Jean Jouquan et Florence Parent vu précédemment, qui est justement de pouvoir mettre en œuvre un agir adéquat en situation ; et en l'occurrence, un agir communicationnel adéquat en situation de soin.

Dans un troisième temps, et maintenant qu'il apparaît évident de conserver le terme de « compétences », en même temps qu'il nous semble tout aussi évident de devoir supprimer son corrélat francophone de « non-technique ». Il nous faut désormais justifier par deux voies, le fait d'avoir voulu regrouper sous l'adjectif qualificatif « relationnelles », le plus grand nombre de compétences relevant de procédures d'argumentation morale visant à unifier des individus. La première voie est épistémologique et la seconde est pragmatique, car elle répond à une nécessité pratique. Précisons dans cette dynamique, que l'argumentation morale que nous évoquons dans le cadre d'une éthique de la discussion, est à entendre au sens d'une argumentation permettant à la discussion de pratiquer « l'intersubjectivité, afin que celle-ci puisse donner lieu à une négociation de ce qui est valable pour [tous] les acteurs de la discussion » (Ferry, 1987 : 68).

### **3.2 La confiance comme dénominateur**

En quelques mots donc, si nous avons fait ce choix c'est que nous pensons que ce qui est à la racine des enjeux de la relation et qui peut justifier l'emprunt de ce terme – dans le champ de la santé du moins – est la question de la *confiance mutuelle* qui se *négoce* justement au sein d'une discussion, ici structurée par une interaction dite « complémentaire » où l'un des interlocuteurs est en position de vulnérabilité (en l'occurrence le patient) et l'autre de domination (« par référence tacite à cette capacité qu'aurait un autre de nous guider » (Blais et *al.*, 2008 : 150) dans le parcours de soin notamment. Néanmoins, cette interaction complémentaire – par opposition à une interaction symétrique – n'est, de fait pas sans risque, puisque selon les modalités de négociation de cette confiance – quand celle-ci est obtenue – elle peut plus ou moins servir les intérêts de l'individu vulnérable. On peut citer sur le sujet le *Que sais-je* de Fabrice d'Almeida sur *La manipulation* (2023) ou encore l'ouvrage de Fabien Girandola sur la *Psychologie de la persuasion et de l'engagement* (2003) qui posent, entre autres, les origines de la manipulation cognitive et par les affects et offre à voir certaines limites des approches mobilisant des compétences relationnelles ; de surcroît dans le champ de la clinique, où la confiance est davantage une nécessité qu'un choix...

Dès lors, et en poursuivant cette trajectoire de pensée autour de la confiance, en tant que nouvel élément caractéristique d'une relation qui doit être moralement « constructive », au sens où, pour reprendre les mots de Colette Smentek et *al.*, qui rappellent dans un très récent chapitre d'ouvrage (2023 : 180) que : « si nous voulons créer une relation de confiance et permettre ainsi une décision partagée "il faut comprendre [...] [concernant les enjeux de l'agir communicationnel qui complètent ceux de l'agir biomédical] que l'information

médicale, dans le cadre de la décision, suppose un inter-rationalisme qui n'est pas donné a priori, mais à construire" (Pierron, 2007 : 58) » au sein de la relation, grâce, justement, à la possibilité d'émergence d'une intersubjectivité dans la discussion.

Ainsi pensons-nous qu'il est théoriquement acceptable et pédagogiquement nécessaire de vouloir regrouper le plus grand nombre possible des processus techniques et éthiques visant cet objectif de création d'un rationalisme partagé fondée sur une intersubjectivité négociée entre patient et soignant sous la terminologie conceptuelle, qui se veut alors la plus générique et inclusive possible, de « compétence relationnelle ».

### 3.3. Le projet IA4ECR

Enfin et pour conclure, nous allons désormais justifier ce choix vis-à-vis d'un enjeu très pragmatique, dont l'origine est le projet de recherche IA4ECR (Intelligence artificielle pour l'enseignement des compétences relationnelles) financé par le Centre de référence IDEX en réalité étendue XR2C2 via une aide du gouvernement français, gérée par l'Agence Nationale de la Recherche au titre du projet Investissements d'Avenir UCA<sup>JEDI</sup>, ainsi qu'un financement du Département des Alpes Maritimes dans le cadre de l'AAP Smart Deal – pour lequel IA4ECR a été Lauréat.

Pour ce projet nous avons en l'occurrence besoin de pouvoir évoquer les enjeux de la relation en santé, en France comme à l'international, sans trahir la complexité de ceux-ci d'une part, et sans se mettre en position de porte-à-faux vis-à-vis de certaines questions de propriétés intellectuelles d'autre part ; en utilisant par exemple certaines terminologies bien connus mais dès lors protégés : telle que la CNV (acronyme de la Communication « nonViolente » de Marshall Rosenberg), qui est peut-être la dénomination la plus parlante à ce jour pour évoquer le sujet de ce que nous appelons désormais des compétences relationnelles, mais qui est donc également une marque protégé aux États-Unis...

Ensuite et comme évoqué, nous souhaitons être le plus inclusif possible vis-à-vis de l'ensemble des procédures et des techniques qui coexistent dans le champ de la relation soignant/patient, pour nous laisser bien sur la possibilité, autant dans le cadre de la stabilisation des grilles d'évaluations des étudiants des facultés de médecines lors des ECOS, que dans la création de toutes autres sortes de formations (initiales ou continues) relatives aux techniques permettant d'améliorer la relation dans le champ dans la santé.

Pour boucler la boucle en reprenant maintenant un des points évoqués au départ – celui de la quantification et de la nécessité de mesurer l'immesurable – tout l'intérêt du projet IA4ECR est justement d'opérer la traduction des *soft data* qui n'est pas sans rappeler la racine du terme *soft skills* – et dont la définition du dictionnaire Cambrigde est la suivante (au sujet des *soft data*) : « *information about things that are difficult to measure such as people's opinions or feelings* » – (de les transformer) en *hard data* évoquant plutôt l'idée suivante, toujours selon la même source : « *information such as numbers or facts that can be proved* ».

En effet, IA4ECR vise le développement et l'étude d'un nuage de solutions numériques (essentiellement algorithmiques et capables d'évaluer de manière pertinente les éléments verbaux, non-verbaux et comportementaux des apprenants) pour permettre, au sein d'un

curriculum composé de dispositifs pédagogiques tels que la simulation, le *focus group*, ou encore le portfolio, l'enseignement réflexif d'un savoir-être soignant en situation d'entretien médical sur la base de la mesure : 1. des compétences biomédicales de l'apprenant ; et 2. selon notre vocable, de ses compétences relationnelles, notamment grâce à une approche fondée sur l'empathie (émotionnelle ou cognitive) de chacun et leurs aptitudes éthiques à communiquer avec un autre « plus vulnérable ».

## **Conclusion : une ouverture vers le numérique et l'IA**

Une partie de l'enseignement et de l'apprentissage des compétences relationnelles pour les étudiants de santé peut être en partie dématérialisé. Le projet IA4ECR (Intelligence artificielle pour l'enseignement des compétences relationnelles) a justement pour ambition de créer un nuage numérique associant plusieurs logiciels afin de permettre à un étudiant en santé de se retrouver avec le plus de réalisme possible devant un patient numérique. Il s'agit de l'écouter, d'accompagner ses demandes et d'établir une relation de confiance, de réaliser un diagnostic et de lui prescrire un traitement adapté, en tenant compte de ses questions et de son inquiétude éventuelle. Les éléments du discours, la congruence émotionnelle entre les deux protagonistes, divers éléments comportementaux dans le geste et l'expression du visage, tout cela a pour vocation d'être analysé et faire l'objet d'un *feed-back* de la machine à l'étudiant.

Pour le dire très rapidement et selon une typologie de « Dieux Grecs » dressée en 2020 dans la thèse d'Alain Percivalle (345), il existe quatre grands types de médecins : **Athéna** : qui est dotée d'une empathie émotionnelle certaine et sait être une bonne communicante – c'est tout l'art de soigner fait de maîtrise et de justesse ; **Demeter** : qui est dotée d'une forte empathie émotionnelle mais a de réelles difficultés à communiquer – deux schémas sont alors possibles, soit l'invasion émotionnelle (Demeter1), soit la mise en place de mécanismes de défense (Démeter2); **Hermès** : qui n'est pas doté d'empathie émotionnelle, mais qui sait bien communiquer, en particulier en utilisant l'empathie cognitive c'est à dire le repérage cognitif des émotions ; **Poséidon** : sans empathie émotionnelle et également très mauvais communicant.

Ainsi avons-nous l'ambition à la fois de scorer un ensemble de critères objectifs pour évaluer la performance d'un étudiant à l'instant T lors d'un ECOS et aussi de réussir à faire évoluer cette performance dans le temps grâce à un nuage de solutions numériques intégré à un dispositif pédagogique plus large. Le but est d'amener les apprenants vers un savoir-être soignant conjuguant connaissances biomédicales et communicationnelles de manière réflexive. Il s'agit d'éviter dans la mise en œuvre des ECOS la seule intégration d'un corpus de bonne pratique qui fait courir le risque de standardiser la relation médecin-patient par une application trop mécanique des techniques de communication. Un travail ultérieur de recherche devra donc être mené pour comparer les différentes grilles d'évaluation dévolues aux ECOS au prisme d'une sociologie fondée sur le socle épistémologique évoquée, c'est-à-dire autour de la *relation de confiance*, de l'*empathie*, des *risques de manipulation* et des *choix éthiques* en situation de *soin*. Ce travail en devenir vise la modélisation d'une forme de communication la plus fédératrice possible : celle de la « communication empathique ».

## Bibliographie :

- Balint M., 1996, *Le médecin, son malade et la maladie* (J.-P. Valabrega, Trad.). Paris, France : Payot. (Œuvre originale publiée en 1957).
- Blais M.-C., Gauchet M. et Ottavi D., 2008, *Conditions de l'éducation*, ed. Stock.
- Boivin A., Flora L., Dumez V., L'Espérance A., Berkesse A., & Gauvin F.-P., 2017, *Transformer la santé en partenariat avec les patients et le public : historique, approche et impacts du modèle de Montréal*. In : C. Hervé, M. Santon-Jean & M.-F. Mamzer (Éd.), *La participation des patients* (p. 11-24). Paris, France : Éditions Dalloz.
- Boselli E., 2018, *La communication thérapeutique*, Hypnose et thérapies brèves, HS n°2, pp. 110-117.
- Braun M., Cour M., Demeester A., Faye A., Fourcarde L., Fournier J.-P., Hernandez E., Lorenzo M., Onaisi R., Pellacia T., Roux D., Rivière E., Schneider P., Steichen, 2020, *La réforme des études médicales expliquée sous l'angle pédagogique. Livret enseignant*. Conférence des doyens des facultés de médecine. Coordination Nationale des Collèges d'Enseignants en Médecine.
- D'Almeida F., 2023, *Que sais-je ? La manipulation*, PUF, 130 p.
- Ferry J., 1987, Chapitre VIII - Sociologie et politique: La question de la démocratie dans les sociétés complexes. Dans : , J. Ferry, *Habermas: L'éthique de la communication* (pp. 365-400). Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France.
- Girandola F., 2003, *Psychologie de la persuasion et de l'engagement*, 400p.
- Habermas J., 1991/1999, *De l'éthique de la discussion*, éd. Champs Flammarion, 202p.
- Jouquan J., & Bail P., 2003, À quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie Médicale*, 4(3), 163-175. <https://doi.org/10.1051/pmed:2003006>
- Jouquan J., Parent F., Rey A., de Ketele J.M., 2015, *Comment élaborer et analyser un référentiel de compétences en santé ?* Berchem, Belgique : De Boeck.
- Kurtz, Silvermann, Benson et Draper, 2004, *Les processus de communication de l'entrevue médicale selon le Guide Calgary-Cambridge*, disponible à ce lien : <http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources>. Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004.
- Labruffe A., 2006, *La communication positive*, LEH, 290 p.
- Martin O., 2020, *L'empire des chiffres*, 304 p.
- Miller G.E., 1990, The assessment of clinical skills/competence/performance, *Acad Med*, 65(9) : S63-7. doi: 10.1097/00001888-199009000-00045. PMID: 2400509.
- Parent F., & Jouquan J., 2019, Approche par compétences (construction d'un curriculum selon une Approche par compétences). Dans : C. Boelen, M. Cauli & J. Ladner (Éd.), *Dictionnaire francophone de responsabilité sociale en santé*. Mont-Saint-Aignan, France : Presses Universitaires de Rouen et du Havre.

- Percivalle A., 2020, L'éthique en tant qu'objet de formation au cours des études médicales. Examen épistémologique et méthodologique critique d'une approche éducationnelle centrée sur la psychologie des émotions et sur le recours à des dispositifs de simulation, *Thèse de doctorat, Université de Bretagne occidentale, Brest*, Consultable à l'adresse : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-03357658>, 133-143.
- Pierron J.-P., 2007, Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences sociales et santé*, 25, pp. 43-66.
- Pomey M.-P., Flora L., Karazivan P., Dumez V., Lebel P., Claude Vanier M.-C., Débarges B., Clavel N., Jouet E., 2015, *Le "Montreal model" : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé*, S.F.S.P. Santé Publique, pp. 41-50,
- Poupart J., 2011, Tradition de Chicago et interactionnisme : des méthodes qualitatives à la sociologie de la déviance, *Recherches qualitatives*, N°30, pp. 178–199.
- Rogers C., 1942/2019, *La relation d'aide et la psychothérapie* (Trad. de l'anglais « Counseling and Psychotherapy »), ESF, 230 p.
- Rosenberg M, 1999/2016, *Les mots sont des fenêtres (ou des murs), Incitation à la communication nonviolente*, éd. La découverte, 320p.
- Simmel G., 1908/1999, *Sociologie - Études sur les formes de la socialisation*, 756 p.
- Smentek C., Darrason M., Reverdy T., 2023, L'autorité du professionnel de santé à la lumière de l'autonomie décisionnelle du patient, in : *Sous la direction de (dir.), Revue Éducation, Santé, Sociétés, Vol. 9, No. 1, Éditions des archives contemporaines*
- Supiot A., 2015, *La gouvernance par les nombres*, 512 p.
- Vincanne A. (dir.), 2015, *Metrics. Critical Global Health: Evidence, Efficacy, Ethnography*, 264 p.
- Virost C. & Bernard F., 2010, *Hypnose conversationnelle*, éd. Arnette, 365p.